Aus der psychiatrischen Klinik zu Bonn.

Ein Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Psychosen.

Dissertation

bei der

Meldung zum Doctorexamen

der medicinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

vorgelegt

im Januar 1893

von

Robert Jung

aus Bonn.

Bonn,

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi.

1893.

Meiner Mutter

und

dem Andenken meines Vaters

in Dankbarkeit gewidmet.

Die Psychiatrie der letzten Jahrzehnte ist bemüht gewesen die grosse Masse der Geistesstörungen vom klinischen Gesichtspunkte aus zu scheiden und zu ordnen. Man gelangte zur Aufstellung mehr oder weniger scharf umrissener Krankheitsbilder, die in verschiedener Weise zu umfassenden Systemen gegliedert wurden. Besonders neuere Beobachtungen jedoch, welche für viele Fälle von Geistesstörung den Zusammenhang mit einer bestimmten Ursache mit Sicherheit darthaten und zugleich gewisse charakteristische Eigentümlichkeiten solcher ätiologisch zusammengehöriger Fälle kennen lehrten, haben die auf rein klinischen Grundlagen beruhenden Systematisierungsversuche bereits in mancher Hinsicht als unzulänglich erwiesen. Von allen ätiologischen Momenten, die auf das psychische Leben schädigend einwirken, erscheint keins so klar, so leicht verständlich in seiner Wirkung wie ein schweres Trauma, speziell ein Trauma des Schädels. Sieht man jedoch die Litteratur durch, so findet man, dass sich, sobald man dem Gegenstande wissenschaftlich näher tritt, ungeahnte Schwierigkeiten ergeben, welche noch keineswegs vollständig überwunden sind.

In der älteren Litteratur finden wir über Geistesstörungen nach Trauma meist nur kurze, beiläufige Notizen bei einer Reihe von Autoren, welche ihre hauptsächliche Aufmerksamkeit auf die chirurgische und forensische Bedeutung der betreffenden Fälle richteten. Die erste eingehende psychiatrische Behandlung des Gegenstandes lieferte Schlager[1]). Er veröffentlichte im Jahre 1857 49 derartige Fälle und gab bereits wichtige Aufschlüsse be-

1) L. Schlager, Ztschr. der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. VIII p. 454.

sonders in symptomatologischer Hinsicht. Es ist sein besonderes Verdienst zuerst auf die somatischen und psychischen Veränderungen, die Innervationsstörungen, die schleichend einsetzenden Veränderungen des Charakters, die Intoleranz gegen Alcoholica und einige andere Erscheinungen, die manchmal während vieler Jahre das Krankheitsbild beherrschen, hingewiesen zu haben. Anscheinend ohne die deutschen Forschungen auf diesem Gebiete zu kennen, behauptete einige Jahre später Skae[1]), dass nach Kopfverletzungen und ebenso nach Insolation eine besondere Art der Psychose auftrete, welche er traumatic insanity nannte. Diese Psychose beginnt nach ihm mit einer kurzen maniakalischen Erregung; es folgt derselben ein mehr stationärer Zustand, in welchem die Kranken misstrauisch, leicht erregbar und zum Selbstmord geneigt sind. In fast allen Fällen trat bald Demenz ein. Manches scheint darauf hinzudeuten, dass die wenigen Beobachtungen Skae's eigentliche Fälle progressiver Paralyse gewesen sind, eine Vermutung, welche schon Azam[2]) in seiner im Jahre 1881 erschienenen Abhandlung Les troubles intellectuels provoquées par les traumatismes cérébraux aussprach. Mit Skae's Ansichten stimmte in Deutschland Kahlbaum[3]) insofern überein, als auch er einen spezifischen Krankheitstypus annahm, den er als Cephalosie bezeichnete.

Im Jahre 1868 erschien alsdann eine sehr wertvolle Monographie über den vorliegenden Gegenstand von der Hand v. Krafft-Ebing's[4]), in welcher dieser gestützt auf 25 Fälle eigener Beobachtung folgende drei von einander symptomatologisch und chronologisch geschiedene Gruppen unterschieden wissen will:

---

1) Skae, One insanity caused by injuries to the head and by sunstroke. Edinb. med. Journ. 66.

2) Azam, Arch. généràl. de médecine. 1881. Febr. u. März.

3) Hecker, Dtsch. med. Wochenschr. 76. p. 23.

4) v. Krafft-Ebing, Über die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzungen hervorgerufenen psychischen Krankheiten. Erlangen 68.

1. Fälle, wo die Seelenstörung die alleinige, direkte, meist unmittelbare Folge der Kopfverletzung ist.

2. Fälle, wo auf eine Kopfverletzung nicht sofort die Seelenstörung folgt, sondern ein stadium prodromorum mit vorwaltenden Erscheinungen gestörter Funktion der Sensibilität und Sinnesthätigkeit den Zusammenhang vermittelt, während das psychische Leben gar nicht verändert ist oder nur Aenderungen der Stimmung, der Neigungen, des Charakters darbietet.

3. Fälle, wo eine Gehirnerschütterung nur eine Prädisposition zu psychischer Erkrankung hinterlässt, auf der sich (zuweilen erst nach sehr langer Zeit) durch das Hinzukommen occasioneller Momente eine Psychose entwickelt.

Bei den Fällen der ersten Gruppe, des „primären traumatischen Irreseins", deren v. Krafft-Ebing fünf zusammenstellte, beobachtete er folgende Krankheitserscheinungen. Es tritt anfangs stets primäre Demenz ein, die entweder etwas zurückgeht — dies geschah in drei Fällen — oder zu apathischem Blödsinn fortschreitet — so in den beiden übrigen. Ein besonderes Gepräge verliehen den Fällen dieser Art eigentümliche Störungen der Motilität und besonders der Sensibilität.

Bei dem stadium prodromorum, das in den Fällen der zweiten Gruppe der Psychose vorausgeht, beobachtete v. Krafft-Ebing im wesentlichen die schon von Schlager angeführten Symptome. Es zeigen sich nach ihm entweder vorzüglich sensorielle Störungen, bestehend in Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen u. a. oder mehr Störungen auf psychischen Gebiete. Der Charakter der Kranken erfährt eine völlige Umgestaltung. Der Kranke wird reizbar, zanksüchtig, neigt zu Excessen jeder Art und nähert sich immer mehr dem Bilde der moral insanity; oder aber er zeigt von vornherein mehr die Anzeichen einer Gehirnerschöpfung, meist als Vorstufe einer Demenz, während nach den vorher erwähnten Symptomen eine Manie zu folgen pflegt. — Die Psychose, die nach Wochen, oft erst nach Monaten und Jahren ausbricht, zeigt demgemäss ein wechselndes Bild; jedoch scheint besonders häufig

dementia paralytica aufzutreten; so finden sich unter den zehn angeführten Fällen vier, in denen eine progressive Paralyse die Folge des Traumas war.

Bei den Fällen der dritten Gruppe sind die Kranken nicht eigentlich geisteskrank, aber sie haben etwas eingebüsst, ihre Leistungen sind herabgesetzt, sie sind weniger widerstandsfähig gegen Alkoholica und Gemütserregungen. Daher zeigen sie sich reizbar, und „ihre Affekte übersteigen leicht die physiologische Grenze“. Die Kranken sind mit einem Worte psychopathisch minderwertig geworden. Die Psychose, die erst durch occasionelle Momente zum Ausbruch gebracht wird, zeigt ein noch mannigfaltigeres Bild als die in den Fällen der zweiten Gruppe auftretende.

Die Ursachen für das Auftreten der traumatischen Psychosen sucht v. Krafft-Ebing wie auch die früheren Autoren ausschliesslich in mehr acut oder mehr chronisch auftretenden intracraniellen Vorgängen. Dem gegenüber weist Koeppe[1]) im Anschluss an Zeller[2]) darauf hin, dass von einer Narbe aus auf dem Wege des Reflexes das Seelenorgan stark in Mitleidenschaft gezogen werden kann, und es infolge dessen wenigstens bei Veranlagten nicht selten zum Ausbruch einer eigentlichen Psychose kommt. Durch Excision der meist harten und äusserst empfindlichen Narbe erzielte er mehrmals eine ganz plötzliche Heilung.

Eine nicht unbedeutende Erweiterung erfuhr die Kenntnis vom traumatischen Irresein, als Wille[3]) bei Gelegenheit der zweiten Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden in einem Vortrage die Aufmerksamkeit auf ein bis dahin unbekanntes Krankheitsbild lenkte. Die Verletzten — er erwähnte vier Fälle — erwachten zwar anfangs aus der Bewusstlosigkeit, die dem Trauma folgte, verfielen dann aber in eine tiefe Somnolenz, welche mit Zuständen der Erregung und Delirien

---

1) Koeppe, Kopfverletzungen als periphere Ursache reflectierter Psychosen. Dtsch. Archiv f. klin. Med. 74.

2) Zeller, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. I p. 49.

3) Wille, Arch. f Psych. 1878. Bd. VIII p. 219.

feindlichen Charakters abwechselte. Ausserdem kamen Innervationsstörungen im Gebiete der verschiedensten Nerven vor. Nach 2—4 Wochen wurden die Kranken allmählig klarer, zeigten jedoch neben einigen körperlichen Symptomen eine totale Amnesie für das frühere Leben. Erst ganz allmählich kehrte die Erinnerung mit einer bleibenden Lücke für die Zeit des Traumas zurück. Von vier Kranken genasen drei; einer, der hereditär belastet, chronischer Trinker und Epileptiker war, blieb dauernd verwirrt.

Dieses so erweiterte Material versuchte Schüle[1]) in folgender Weise unter einheitliche Gesichtspunkte zu bringen. Er unterschied:

I. Primäres traumatisches Irresein.

Dabei finden sich zwei Modi:

α) eine akute Form; diese zeigt wiederum entweder eine schwere Form, die unter den Symptomen einer perakuten meningitischen Entzündung abläuft oder eine leichte, welche das von Wille beobachtete Krankheitsbild zeigt.

β) eine subakute Form. Hierzu rechnet er die Fälle der ersten Gruppe nach v. Krafft-Ebing.

II. Secundäres traumatisches Irresein.

Hier teilt er wieder in zwei Unterabteilungen ein. Unter α) fasst er die Fälle der zweiten, unter β) die der dritten Gruppe nach v. Krafft-Ebing zusammen. Für die ersteren unterscheidet er wieder mehrere Krankheitsbilder.

Eine Zusammenstellung einer ganzen Reihe einschlägiger Beobachtungen veröffentlichte späterhin Azam in seinen bereits oben erwähnten Aufsätzen. An diese Beobachtungen knüpft er eine längere pathogenetische Betrachtung, die sich jedoch meist auf dem Gebiete der Hypothese bewegt und sie stützende pathologische Befunde durchaus entbehren lässt.

---

1) Schüle, Handb. d. Geisteskrankh. Bd. XVI. von Ziemssen's Handb. p. 290 ff. 1. Aufl. Leipzig 1878.

Von den späteren deutschen Autoren, welche die traumatische Psychose behandelt haben, verdient Hartmann[1]) und vor allen Guder[2]) der Erwähnung. Die dritte Gruppe nach v. Krafft-Ebing wollen beide Autoren mit der zweiten identificiert wissen. Bei diesem secundären traumatischen Irresein beobachtete Hartmann einen fünffachen Krankheitsverlauf. Unter 49 Fällen fand er 19mal psychische Schwächezustände, deren höhere Grade nach ihm entweder als eigentliche Paralyse anzusprechen waren oder doch grosse Aehnlichkeit mit dieser zeigten. In 8 Fällen trat secundäre Melancholie mit Zügen von Demenz ein; in 9 Fällen beobachtete er Exaltationsstadien, zumeist Manie. Ferner erwähnt er 7 Fälle, in welchen Epilepsie entstand, und zum Schluss 2 Reflexpsychosen im Sinne Köppe's. Er betont vor allem das häufige Auftreten von Demenz bei dem secundären traumatischen Irresein.

Guder, der erste der nach v. Krafft-Ebing den Gegenstand monographisch behandelte, richtet in dieser Arbeit sein Hauptaugenmerk auf die forensische Beurteilung der Fälle; gleichwohl behandelt er auch in klinischer Hinsicht den Gegenstand in ziemlich ausführlicher Weise. Zu Anfang erwähnt er eine Reihe von Fällen, wie sie vor ihm durch Amelung und Bird, Mitchel, Köstl und andere[3]) beobachtet wurden, in welchen nach einem Trauma, das den jungen Schädel während des foetalen Lebens, bei der Geburt oder in den ersten Lebensjahren traf, eine Hemmung der geistigen Entwicklung und sogar völlige Idiotie auftrat. Unter 45 Fällen des primären traumatischen Irreseins beobachtete er 7mal die akute, 34 mal die subakute Form Schüle's. Bei 4 Fällen war die schädigende Einwirkung eine vorwiegend psychische. Diese Kranken waren sämtlich zu psychischen Erkrankungen disponiert,

1) Hartmann, Ueber Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Arch. f. Psych. 1884 Bd. XV. p. 98.

2) Guder, Ueber die Geistesstörungen nach Kopfverletzung. Jena 1886.

3) Näh. s. v. Krafft-Ebing, Lehrb. d. Psych. p. 697 ff.

woraus G. den Schluss zieht, dass bei Leuten mit rüstigem Gehirn der Schreck allein keine Psychose hervorrufen könne. Die Fälle, in denen nach einer Verletzung Epilepsie eintritt, würdigt er im Gegensatz zu den früheren Autoren in ganz hervorragender Weise. „Im Grunde genommen“, bemerkt er, „ist die nach trauma capitis folgende Epilepsie ein den psychischen Erscheinungen gleichzustellendes Symptom. Entweder tritt die Epilepsie unmittelbar nach der Kopfverletzung und gleichzeitig mit psychischen Symptomen auf, oder auf Grund der Epilepsie und erst nachträglich zeigen sich psychische Symptome, oder aber es treten die psychischen Symptome zuerst auf, und im Laufe derselben stellen sich Krampfanfälle ein.“ Ferner erwähnt er einige Reflexpsychosen und weist schliesslich auf die Veröffentlichungen von Griesinger[1]), Huguenin[2]), Hertz[3]) und Dagonet[4]) hin, welche im Anschluss an Kopfverletzungen das Auftreten von Hirntumoren mit Herdsymptomen beobachtet haben wollen.

Im Jahre 1885 machte alsdann Legrand du Saulle[5]) in seiner Arbeit Les traumatismes cérébraux wiederum den Versuch das vorliegende Material zu sichten, und zwar ging er dabei im Gegensatz zu seinen Vorgängern mehr vom symptomatologischen Standpunkte aus. Er stellte im ganzen 3 Gruppen auf. Bei den Fällen der ersten Gruppe, in welchen die Psychose direkt oder doch bald auf das Trauma folgte, beobachtete er eine gänzliche Umgestaltung der Gemütsart sowie eine Intelligenzstörung, die entweder bald vorüberging oder zu dauernder Demenz wurde. Mehrmals beobachtete er Amnesie. Dieselbe äusserte sich bei manchen Kranken darin, dass sie nicht imstande waren neue Eindrücke aufzunehmen, obwohl sie die Erinnerung an ihr früheres Leben behalten

---

1) Griesinger, Die Path. u. Ther. psych. Krankh. 1861 p. 180.

2) Huguenin, Ziemss. Handb. XI, 1 p. 755.

3) Hertz, Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXII p. 412.

4) Dagonet, Annal. méd. psychol. 1882 VII p. 70.

5) Legrand du Saulle, Gaz. des hôp. Nr. 103, 106, 109, 112. — Referat in Virchow's Jahresbericht. 1885. Bd. II p. 371.

hatten. Diese den traumatischen Fällen eigentümliche Form des Gedächtnisausfalles bezeichnete er als amnésie traumatique, während er die schon von Wille beobachtete Krankheitserscheinung, bei welcher die Kranken die Erinnerung an das gesamte frühere Leben eingebüsst hatten, amnésie retrograde nannte. Agraphie und Aphasie traten selten auf. — Bei der zweiten Gruppe von Fällen wurde durch das Trauma nur eine Prädisposition geschaffen, auf Grund deren später eine Psychose entstand. — Bei den Kranken der dritten Art endlich handelte es sich stets um dementia paralytica. Ob diese nun nur bei Disponierten oder auch bei Leuten mit vorher völlig intaktem Gehirn durch eine Kopfverletzung hervorgerufen werden könne, lässt er dahingestellt.

Endlich sei noch eine Arbeit von P. Richter[1]) erwähnt. Auch R. stellt eine neue Einteilung auf, welche einen einheitlichen Gesichtspunkt einigermassen vermissen lässt. Er stellt neben einander:

1. Das primäre traumatische Delirium. Zu dieser Gruppe rechnet er die Fälle Wille's, welche nach ihm ungefähr der Gruppe 1 α nach Schüle entsprechen.

2. Die primäre traumatische Psychose. In diesen Fällen folgt auf ein Trauma:

a) eine akute Form sofort,

b) eine chronische Form nach einem stadium prodromorum. Ferner rechnet er zu dieser Gruppe eine Reihe besonders forensisch wichtiger Fälle, in denen die Kranken geistige Schwäche oder das Bild der moral insanity darbieten.

3. Ferner erwähnt er eine Reihe von Fällen, in welchen a) ausser dem Trauma noch ein anderes accidentelles Moment hinzukommt, oder b) wo das Trauma Veränderungen hervorruft, die erst secundär zu Psychosen führen.

Fast alle bisher erwähnten Arbeiten behandeln ausschliesslich die nach Kopfverletzungen entstandenen Psychosen. Es können sich aber auch nach sonstigen Verletzungen,

1) P. Richter, Beiträge zur Klinik und Kasuistik der traumatischen Geistesstörungen. Inaug.-Diss. Berlin 1890.

namentlich wenn sie plötzlich auftreten und mit heftiger physischer und psychischer Erschütterung verbunden sind, und selbst nach einer solchen Erschütterung ohne Verletzung chronische Störungen der Funktion des centralen Nervensystems, besonders des Gehirns ausbilden, welche sich vornehmtich auch durch psychische Krankheitssymptome äussern. Die psychische Störung kann bestehen in Depressions- und Angstzuständen, in gesteigerter Reizbarkeit, in dem Auftreten hypochondrischer Vorstellungen und zuweilen in Abnahme der Intelligenz. Daneben sind eine Reihe höchst wechselnder somatischer Erscheinungen vorhanden. Oppenheim[1]) fasst diese Zustände als besondere Krankheitsform unter dem Namen der traumatischen Neurose zusammen.

Im vorhergehenden haben wir keineswegs den Versuch gemacht die über den vorliegenden Gegenstand vorhandene Litteratur in erschöpfender Weise zu behandeln; aber die für die Kenntnis des traumatischen Irreseins wichtigsten Arbeiten glauben wir erwähnt und besprochen zu haben. Legen wir uns nun die Frage vor: Haben die bisherigen Beobachtungen uns charakteristische Krankheitsbilder der traumatischen Psychose kennen gelehrt, d. h. gibt es bestimmte Symptomencomplexe, welche nur nach Trauma vorkommen und schon aus ihrem Vorhandensein mit Sicherheit den Rückschluss auf ein Trauma ziehen lassen, etwa wie man von den klinischen Erscheinungen eines delirium tremens auf die Alcoholvergiftung schliessen kann, so entsprechen diesen Anforderungen zunächst die Fälle, die von v. Krafft-Ebing als primäres traumatisches Irresein bezeichnet wurden, in welchen unmittelbar nach dem Trauma Demenz eintritt, und die Kranken entweder bis zum Tode im Zustande apathischen Blöd-

---

1) Thomsen und Oppenheim, Centralbl. f. d. med. Wissensch. 84 Nr. 5; Arch. f. Psych. XV H. 3. p. 676.

Oppenheim, Arch. f. Psych. XV H. 2; daselbst XVI H. 3; Berl. klin. Wochenschr. 88 Nr. 9; Die traumatische Neurose. Berlin 89; Weitere Mitteilungen über die traumatische Neurose. Berlin 91.

sinns verharren, oder die Geisteskräfte sich nur in sehr beschränktem Masse wieder herstellen. Es ist wohl zweifellos, dass es sich hier meist um grobe anatomische Läsionen des Gehirns durch das Trauma selbst handelt. Zweitens stellen die Fälle, welche nach dem Typus Wille's verlaufen, wie dieser auch selbst betont hat, eine solche Form des traumatischen Irreseins dar. Dem widerstreitet nicht, dass, wie wir unten bei Beobachtung I. unserer Casuistik näher ausführen werden, das Krankheitsbild nicht immer genau nach dem von Wille aufgestellten Typus verläuft. Aus der ganzen übrigen Masse von Geistesstörungen nach Trauma lassen sich derartige charakteristische Formen bis jetzt noch nicht aufstellen. Der von Skae aufgestellte Begriff der traumatic insanity ist allgemein wieder aufgegeben worden. Die späteren Beobachter betonen wohl für die Psychosen nach Trauma gewisse unterscheidende Merkmale; sie sind jedoch nicht so charakteristisch und nicht so allgemein vorhanden, um mit ihrer Hülfe die traumatischen Fälle von den übrigen scharf abgrenzen zu können. Der Begriff und die klinischen Kriterien der traumatischen Psychose sind vor der Hand noch sehr unbestimmt, und der Versuch, welchen Legrand du Saulle machte, die Psychosen nach Trauma von symptomatologischem Gesichtspunkte aus zu disponieren, konnte daher von vornherein nur wenig Aussicht auf Erfolg haben. Die früheren Autoren haben versucht dieses klinisch schwer zu sichtende Material mehr nach äusserem Gesichtspunkte in verschiedene Kategorien zu bringen. Man unterschied, je nachdem die voll entwickelte Psychose sich unmittelbar an das Trauma anschloss oder durch einen kürzeren oder längeren Zeitraum von ihm getrennt war, ein primäres und ein sekundäres Irresein.

Gegen diese Unterscheidung spricht der Umstand, dass doch in dem einen wie dem anderen Falle der krankhafte Prozess im Gehirn unmittelbar nach dem Trauma seinen Anfang nehmen muss, dass demnach auch die Störung der Funktion wenn auch in noch so geringfügiger, unmerklicher Weise sich direkt nach dem Trauma geltend

machen muss. In der That, je genauer wir anamnestisch bei den „sekundären" Fällen unterrichtet sind, desto näher zu dem Trauma hin führen uns die Angaben über geringe Anomalien der Stimmung, über psychische Reizbarkeit neben den bekannten somatischen Störungen, und man kann doch nicht umhin, diese Symptome in engsten Zusammenhang mit den erst später auftretenden schwereren psychischen Störungen zu bringen. Für diese Auffassung spricht auch noch Folgendes.

Sperling und Kronthal[1]) veröffentlichten einen Fall von traumatischer Neurose, bei welchem die psychischen Erscheinungen — eine leichte melancholische Depression, Schreckhaftigkeit, Herabsetzung der Intelligenz und des Gedächtnisses — im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen. Ausserdem waren eine Reihe körperlicher Symptome vorhanden, die nichts Besonderes darboten. Es liess sich eine allmählich zunehmende Verhärtung der Arterien deutlich constatieren. $4^1/_2$ Jahr nach der Verletzung starb der Kranke plötzlich unter den Anzeichen von Herzschwäche. Es fand sich nun bei der Sektion und mikroskopischen Untersuchung eine hochgradige Sklerose des gesamten Arteriensystems mit ganz besonders starker Beteiligung der Hirn- und Rückenmarksgefässe. In diesen Organen erschienen auch die Wände fast aller Kapillaren unregelmässig verdickt. Die nervösen Elemente des Gehirns waren intakt. Im Rückenmark dagegen fanden sich fleckweise leichtere Degenerationen, die von den Autoren wohl mit Recht als sekundäre, durch die Gefässerkrankung bedingte angesehen wurden.

Später fand Friedmann[2]) in einem Falle, bei welchem nach mittelschwerer commotio cerebri — Patient verlor das Bewusstsein nicht — zunächst Lähmung verschiedener Hirnnerven, später paroxysmale Kopfschmerzen, Schwindelanfälle und depressive Stimmung gefolgt war, und Patient 1 Jahr nach dem Unfall unter Delirien und

---

1) Sperling u. Kronthal, Neurol. Centrlbl. VIII p. 325.
2) Friedmann, Arch. f. Psych. XXIII p. 230. 1891.

Koma zu Grunde gegangen war, eine kolossale Hyperämie des ganzen Gehirns, sowie Lymphzelleninfiltration, Kernwucherung und hyaline Degeneration der Gefässwände im Gehirn. Fr. kommt zu dem Schlusse, dass, um derartige pathologische Veränderungen hervorzurufen, nicht nur eine Neigung zu häufigen Fluxionen, sondern auch eine Veränderung der Gefässwände, ihrer Struktur und Ernährung durch das Trauma selbst verursacht sein müssten. Die psychischen Symptome bringt er in direkten Zusammenhang mit der Gefässentartung resp. der dadurch bedingten Ernährungsstörung des Gehirngewebes.

Die Bedeutung dieser beiden Arbeiten für unser Thema kann kaum überschätzt werden. Denn es lässt sich nicht von der Hand weisen, dass in vielen Fällen durch das Trauma unmittelbar ein derartiger schleichend verlaufender anatomisch-pathologischer Process, der schliesslich zu sehr wesentlichen Gewebsveränderungen führt, ausgelöst wird. Jedenfalls aber müssen wir in allen Fällen das gesamte Krankheitsbild vom Augenblicke des Traumas an als ein einheitliches, zusammengehöriges betrachten und können keineswegs den Umstand, dass in dem einen oder anderen Falle die psychischen Erscheinungen früher oder später in den Vordergrund treten, zu einem unterscheidenden Merkmal verschiedener Kategorien der traumatischen Psychose erheben.

Wenn somit die Versuche die Geistesstörungen nach Trauma in ein bestimmtes System zu bringen bis heran nicht gelungen erscheinen, ist es um so mehr geboten durch möglichst exakte Beobachtung des vorkommenden Materials einer künftigen Neuordnung desselben das Fundament zu legen. Von diesem Gesichtspunkte aus dürften selbst Einzelfälle, sofern nur in denselben die Gesamtheit der Erscheinungen eingehend beobachtet ist, der Publikation nicht unwert erscheinen. Ich habe deshalb mit gütiger Erlaubnis des Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Pelman die folgenden neun, in den letzten vier Jahren in die Provinzial-Irrenanstalt zu Bonn aufgenommenen Fälle von Geistesstörungen nach Trauma zusammengestellt. Dieselben

erübrigten aus einer grossen Masse von Fällen, in denen die Anamnese von einem Trauma berichtete, nachdem alle diejenigen sorgfältig ausgeschieden waren, in welchen der ursächliche Zusammenhang zwischen der Psychose und dem Trauma nicht nachgewiesen werden konnte.

Casuistik.

Beobachtung I.

F. G. Schutzmann, geb. am 4. Sept. 1857.

Vater, Mutter und Geschwister des Patienten waren geistig stets gesund, auch bieten sich keine anderen Anhaltspunkte zur Annahme einer erblichen Belastung. Patient entwickelte sich körperlich und geistig normal und lernte gut. Nach seiner Militärzeit wurde er Schutzmann. Er lebte stets solide und machte keinerlei Krankheiten durch.

Am 12. April 1891 erhielt er gelegentlich einer Schlägerei, die er schlichten wollte, einen Schlag mit einem Bierseidel vor die Stirn; er fiel hin und wurde dann noch weiterhin durch Fusstritte in den Nacken und an den Hinterkopf misshandelt. Es trat eine starke Blutung aus der Nase ein. Patient verlor hierbei das Bewusstsein jedoch nicht. Nach dem Vorfall blieb Patient einige Tage zu Hause und klagte über Kopfschmerz, Schwindel und Ohrensausen. Er ging darauf zwar wieder in Dienst, hatte seitdem aber sehr starken Kopfschmerz und konnte kaum einen Helm tragen. Er litt besonders bei grosser Hitze an so heftigen Schwindelanfällen, dass er sich kaum aufrecht zu halten wusste. Zuweilen that er ganz unsinnige Aeusserungen, von denen er gleich darauf nichts mehr wissen wollte. Seit Anfang Mai war er verwirrt. Er beschmutzte seine weissen Hosen mit Spülwasser, zerstach die Bilder an der Wand, warf einmal seine Pfeife gegen die Wand, weil dort jemand stehe; er fürchtete Vergiftung durch seine Frau, jagte diese aus dem Hause und beschuldigte sie des Ehebruchs. Eines Tages zerschlug er das gesamte Mobiliar und lief zur Wache, wo er sagte, man solle ihn einsperren, da er seine Frau erschossen habe.

Zwei Tage später gelangt G. in der Stadt-Köln'schen Irrenanstalt Lindenburg zur Aufnahme. Hier verhält er sich ruhig und klagt

viel über Ohrensausen und Kopfschmerz. Verschiedene Schwindelanfälle konnten constatiert werden. Patient hat Nystagmus und zeigt eine auffallende Gedächtnisschwäche.

Am 19. Juli wurde Patient in die Bonner Provinzial-Irrenanstalt übergeführt, wo Folgendes festgestellt wurde. Patient ist ein grosser, kräftig gebauter Mann von gutem Ernährungszustande. Die Pupillen sind unter mittelweit; die linke ist etwas kleiner als die rechte; beide reagieren gut auf Licht. Die Zunge weicht um ein Geringes nach links ab und zeigt keinen Tremor. Bei freien Gesichtsbewegungen, weniger beim Sprechen zeigt sich die rechte Gesichtshälfte besser innerviert als die linke. Alle Bewegungen werden sicher ausgeführt; Patient zeigt nicht das Romberg'sche Phänomen. Nystagmus ist nur angedeutet und nicht constant. Kniephänomen, Bauch- und Cremasterreflex sind normal. Die Sprache bietet nichts Auffallendes. — Bei der Aufnahme zeigt sich Patient durchaus geordnet. Er erzählt über seine Vergangenheit in klarer, exacter Weise. Im April dieses Jahres habe er in einer Wirtschaft, als er den Wirt vor den Angriffen einiger Arbeiter schützen wollte, einen Schlag mit einem Bierseidel auf die Nase erhalten, er sei umgefallen und dann noch weiter misshandelt worden. Das Bewusstsein habe er nicht verloren. Die Verletzung sei nicht sehr schlimm gewesen, aber er habe seitdem häufig Kopfschmerzen und Schwindelanfälle gehabt. Nach vier Tagen habe er wieder Dienst gethan, hin und wieder sei es ihm jedoch so gewesen, als ob er ganz verwirrt im Kopfe sei. Wie er dazu gekommen sei, seine Frau aus dem Hause zu jagen, wisse er nicht; er habe von dem ganzen Vorgang nur eine Erinnerung wie an einen Traum. Als er eines Tages nach Hause gekommen sei, habe er bei seiner Frau deren Bruder gefunden, welche die Bilder, um sie vor ihm zu schützen, von der Wand genommen und die Spinde ausgebessert hätten. Darüber sei er in Wut geraten und habe Alles demoliert. Zu klarer Besinnung sei er erst wieder im Bürgerhospital gekommen. In der Lindenburg habe er noch das Gefühl, als sei ihm die Nase verschlossen, sowie Ohrensausen und Kopfweh gehabt. Jetzt fühle er sich wieder klar und arbeitsfähig. Er hat für seine Erlebnisse auf der Lindenburg ein gutes Gedächtnis. Seine Zeitangaben stimmen mit denen der Anamnese überein. — In der Anstalt verhält sich Patient durchaus ruhig und geordnet. Auf seinen Wunsch geht er mit zur Feldarbeit. Die Stimmung ist gleichmässig. Schwindelanfälle sind nicht beobachtet worden. Anfangs August sind die Pupillen wieder gleich und reagieren gut. Das ganze Verhalten des Patienten macht völlig den Eindruck des Normalen. Am 17. August konnte G. daher als geheilt entlassen werden.

Dieser Fall erinnert einigermassen an die von Wille beschriebenen. Das Krankheitsbild ist hier ein leichteres, entsprechend der weniger schweren Verletzung. Bei Wille's Fällen folgt dem Trauma fast unmittelbar eine länger andauernde Bewusstseinsstörung mit Delirien, hier treten zunächst während einer 21 tägigen, vorwiegend durch vasomotorische Erscheinungen — Schwindel, Kopfschmerzen — gekennzeichneten Periode kürzer dauernde Störungen des Bewusstseins auf. Alsdann folgt ein Zustand völliger Verwirrtheit mit Delirien offenbar feindlichen Inhaltes, der 3—4 Tage gedauert. Ob unmittelbar nachher völlige Amnesie bestand, wissen wir nicht. Jedenfalls wird von einer ausgeprägten Gedächtnisschwäche berichtet, welche sich später hob. Ausserdem bestanden Innervationsstörungen cerebraler und spinaler Nerven. Die anscheinend völlige Genesung trat nach ca. $3^1/_2$ Monat auf. Unmöglich erscheint es nicht, dass auch die psychischen Erscheinungen unseres Falles auf vasomotorische Störungen, Fluxionen zum Gehirn zurückzuführen sind. Ob nicht auch organische Veränderungen des Gefässsystems durch das Trauma eingeleitet wurden, kann erst die Zukunft entscheiden. Einstweilen schien Patient, wie gesagt, genesen, und auch dieser Umstand bildet eine Analogie zu den Beobachtungen Wille's.

Beobachtung II.

W. Sch., Baumeister, geb. am 12. Nov. 1845.

Der Vater litt in den letzten Lebensjahren beständig an Kopfschmerz und Schlaflosigkeit und ist wahrscheinlich infolge von Hirnschlag gestorben. Die Grossmutter mütterlicherseits starb geisteskrank. Die Geschwister des Patienten zeigen teilweise einen ausgesprochenen Hang zur Melancholie, einzelne bis zur Geistesstörung. Patient war gut beanlagt; er bekleidete später eine amtliche Stelle als Baumeister und hatte ausserdem eine grosse Privatpraxis, so dass er sich mitunter stark überarbeitete. Seit Winter 1884/85 ist er in glücklicher Ehe verheiratet, aus welcher ein Kind stammt. Er zeigte bereits früher verschiedentlich eine melancholische Verstimmung. Seit 1886 klagte er öfter über Schlaflosigkeit und Arbeitsunlust; er äusserte die Befürchtung, er werde noch verrückt werden.

Am 29. März 1886 wurde Sch. stark blutend in seinem Zimmer gefunden. Es fand sich eine Verletzung in der rechten Schläfengegend vor; der rechte Bulbus war stark vorgetreten; eine andere blutende Stelle befand sich in der linken Schläfengegend. Es floss Blut aus Nase und Mund. Patient war völlig bewusstlos und zeigte Erscheinungen von Hirndruck. Der Puls war langsam, aussetzend. Der Mund war schwer zu öffnen, und das rechte Auge blieb krampfhaft geschlossen. Sch. hatte sich mit Hilfe eines kleinen Revolvers zu erschiessen gesucht. Die Kugeln konnten nicht aufgefunden werden und sind auch später nie entfernt worden. Nach einiger Zeit wurde er heller. Die Sprache kehrte allmählich zurück, blieb aber unvollkommen; Patient konnte die rechten Worte nicht finden, drückte sich falsch aus. Nach etwa drei Wochen waren die äusseren Wunden geschlossen. Patient erholte sich in dieser Zeit allmählich und öffnete wieder das rechte Auge; über seine Situation blieb er sich jedoch unklar. Er frug, ob er Kreisbaumeister sei und wollte nicht verheiratet und Vater sein. Er klagte viel über Kopfschmerz; dabei war die Stimmung des Kranken bald gehoben, bald deprimiert.

Am 10. Juni 1886 wurde Sch. in die Irrenanstalt zu Grafenberg aufgenommen. Hier wurde Folgendes constatiert. An beiden Schläfen finden sich Narben; der linke Bulbus liegt etwas tiefer als der rechte; die rechte Gesichtshälfte ist schlaffer als die linke. Patient spricht geläufig, aber es stehen ihm nur wenige Sprachverbindungen zu Gebote, die er an passender und unpassender Stelle immer wieder vorbringt. So sagt er immer wieder: Ich weiss gar nicht, wo ich bin; ich weiss gar nicht, wo ich meine anderen Verbindungen habe; ich bitte um Klarstellung; das muss doch arrondiert werden; es ist mir lieber, wenn hier weniger arrondiert, weniger gearbeitet wird. In der Anstalt zeigt Patient immer dasselbe Verhalten, er stellt sich immer von neuem als Baumeister vor, spricht von Klarstellen, Arrondieren u. s. w. Zeitweise ist er unruhig und drängt fort. Ende Juli lässt er den linken Arm plötzlich schlaff hängen und klagt über Schmerzen in der Schulter, die bald nachlassen. An die letzten zehn Jahre scheint er absolut keine Erinnerung zu haben; er ist erst dreissig Jahre alt und will jetzt heiraten. Im übrigen bleibt er immer derselbe und wird im Juli 1889 von Grafenberg völlig unverändert entlassen.

Sch. kam daraufhin zu einer Schwester, wo er 20 Monate blieb. Er hielt sich hier meist für sich, sprach wenig, war völlig unthätig und zeigte keinerlei Interesse. In diese Zeit fallen zwei deutliche Schwindelanfälle. Nach dem letzten trat Steifigkeit im linken Arm und weniger ausgeprägt im Bein derselben Seite auf. Er nahm hier trotz guten Appetits bedeutend ab.

Am 4. April 1891 wurde Patient in die Bonner Irrenanstalt aufgenommen. Die Untersuchung ergab Folgendes. Patient ist über mittelgross, kräftig gebaut, die Muskulatur gut entwickelt. Patient sieht etwas älter aus als dem Lebensalter entspricht. Der Schädel ist länglich oval; der Durchmesser nach rechts vorne ist etwas grösser. Auf der rechten Stirnseite nach aussen vom äusseren Augenwinkel findet sich eine in zwei Teile geteilte Narbe in der Haut, und ihr entsprechend im Knochen eine kleine Delle; eine zweite kleinere Narbe befindet sich in der linken Schläfengegend. Die rechte Pupille ist grösser als die linke, die Reaktion ist beiderseits träge und wenig ausgiebig. Bauch- und Kniereflexe sind beiderseits mittelstark. — Patient gibt willig Auskunft, aber anscheinend mit schlechtem Gedächtnis. Die Sprache zeigt keine Abweichung vom Normalen, aber Patient scheint sich häufiger auf Ausdrücke besinnen zu müssen. Gefragt, ob er früher in der Anstalt zu Grafenberg gewesen sei, sagt er zuerst nein, bald darauf aber bejaht er die Frage und sagt, er sei zwei Monate dort gewesen; wiederum nach der Dauer des Aufenthaltes gefragt, giebt er sie auf zwei Jahre an. Später sei er bei einer Schwester gewesen. In der letzten Zeit habe er ein unangenehmes Gefühl von Druck im Kopfe gehabt, und deshalb sei er nach hier gekommen. Er will das Innere der Anstalt wieder erkennen. Bei der Prüfung des Händedrucks sagt er, er habe einem Arzte in der Charité einmal bei demselben Vorgange die Hand abgequetscht. Es macht sich bei der Unterredung ein leichter Stimmungswechsel geltend.

In der Anstalt zeigt er immer dasselbe Verhalten. Er ist stumpf, hält sich für sich und bringt immer dieselben Redensarten vor. Am 15. Juli fiel er plötzlich ohnmächtig um. Ob das Bewusstsein völlig geschwunden war, steht dahin; jedenfalls war er nach zehn Minuten wieder bei Bewusstsein und fühlte sich wohl. Eine bei dieser Gelegenheit vorgenommene Untersuchung ergab eine fast völlige Anästhesie im Bereiche des ersten und zweiten Astes des Trigeminus. Derartige Ohnmachtsanfälle wurden in der Folgezeit noch mehrere, im ganzen vier beobachtet. Das körperliche Befinden war sonst ein gutes, der Ernährungszustand hob sich, das psychische Verhalten blieb stabil. Patient erinnert sich der Thatsachen aus seiner Vergangenheit nur wenig, und besonders scheint er das Gedächtnis für den Zeitraum des Traumas verloren zu haben. Er zeigt ein entschieden gehobenes Wesen und antwortet auf Fragen oft mit Anspielungen auf Kaiser Wilhelm I., mit dem er in Verbindung gestanden habe. Näheres ist bei der Demenz des Patienten hierüber nicht zu erfahren. Wie es scheint, sind seine Wahnideen gänzlich unbestimmt und verwirrt. Manchmal ist

er gereizter Stimmung und trägt ein hochmütiges Gebaren zur Schau. Die Herabsetzung der Sensibilität im Gebiete des linken Trigeminus besteht fort. Auf dem linken Ohre besteht eine fast völlige Taubheit, auf dem rechten eine sehr erhebliche Schwerhörigkeit. Im übrigen ist die Funktion der Hirnnerven auf beiden Seiten gleichmässig gut, auch sind andere nervöse Störungen nicht nachweisbar.

Das Trauma traf in dem vorliegenden Falle ein bereits erkranktes Gehirn, Sch. war vor dem Unfalle ausgesprochen melancholisch; im unmittelbaren Anschluss an das Trauma machte sich bei dem Patienten eine tiefe Störung der Intelligenz geltend. Diese Demenz ist unschwer zu erklären, wenn wir eine direkte Läsion des Gehirns annehmen, wozu wir wohl durch den Ort der Verletzung und die Erscheinungen unmittelbar nach derselben berechtigt sind. Es muss aber ausser der direkten Verletzung des Gehirns auch noch ein chronisch verlaufender pathologischer Prozess durch das Trauma eingeleitet sein. Dafür sprechen vor allem die Schwindelanfälle. Ob es sich um entzündliche Prozesse der Hirnrinde und der Hirnhäute handelt, oder eine Gefässerkrankung im Sinne Friedmann's zu Grunde liegt, kann erst die Autopsie lehren. Die Sensibilitätsstörung im Bereiche des linken Trigeminus wurde allerdings erst im späteren Stadium der Krankheit erkannt, hat aber vermutlich schon länger bestanden. Wir müssen es dahingestellt sein lassen, ob es sich hier um eine direkte Läsion des Nerven, seiner Aeste in der Orbita oder des ganglion Gasseri handelt. Die Abnahme des Gehörs ist eine auch von vielen anderen nach Kopfverletzungen beobachtete Erscheinung.

Beobachtung III.

J. L., Versicherungsagent, geb. am 25. Dec. 1853.

Patient stammt aus einer Familie, in welcher geistige Erkrankungen nicht vorgekommen sind. Er selbst entwickelte sich in normaler Weise, hatte ein gutmütiges Wesen und gute Beanlagung.

Im 15. Lebensjahre erlitt er eine schwere Kopfverletzung an der linken Seite des Kopfes durch einen Stockhieb. Seitdem litt er

oft an heftigen Kopfschmerzen, und es kam ihm damals der Gedanke, dass er zu etwas ganz Besonderem auserlesen sei. Nach seiner Schulzeit war er als Kaufmann in verschiedenen Stellen thätig. Während dieser Zeit bildete sich bei ihm die Vorstellung aus, dass er ein Graf von der Schulenburg sei. Demgemäss lebte er und gab sehr viel Geld aus. Patient führte ein abenteuerliches Leben; er war Versicherungsbeamter, trat im Jahre 1876 in holländische Dienste, desertierte nach 7 Monaten nach Deutschland zurück und wurde wieder Versicherungsbeamter. Im Jahre 1879 verheiratete er sich mit einer puella publica, 1880 inficierte er sich luetisch. Er war stets heftig und führte ein flottes Leben. Auf Vorstellungen seiner Frau hin sagte er dieser, er sei ausserordentlich reich, habe eine geheime Geldquelle u. dergl.

Im Mai 1882 wollte er mit einem Male den Lustmörder in Bochum entdecken, er telegraphierte und reiste deshalb bald hierhin bald dorthin. Zu Hause bekam er im Anschluss hieran einen drei Wochen anhaltenden Tobsuchtsanfall, in dem er von zwei Wärtern bewacht werden musste. Im November besserte sich sein Zustand, und er nahm wieder eine kaufmännische Stelle an.

Im April 1883 wurde er wieder erregt und fabulierte Allerlei. Er glaubte von hoher Abstammnng und Offizier zu sein, mit dem Kaiser in einem Range zu stehen; er machte grossartige Einkäufe und war beständig auf Reisen. Er begann wieder in Bochum nach dem Lustmörder zu suchen. Seine Erregung stieg mehr und mehr. Am 15. Mai wurde er daher von Bochum nach Köln transportiert. Am 16. wurde er im Bürgerhospital zu Köln, am 17. in der Stadt-Köln'schen Irrenanstalt Lindenburg aufgenommen. Hier ist er anfangs sehr erregt und muss wegen seiner Heftigkeit isoliert werden. Er ist gehobener Stimmung und renommiert masslos mit Vermögen und Fähigkeiten. Er zeigt Personenverkennungen und scheint auch Gesichtshallucinationen zu haben, da er sich beklagt, dass ihm Schlangen und Kröten in die Zelle geschoben würden. Vom 19. Mai an wird er ruhiger und geordneter. Am 26. wird L. in die hiesige Anstalt übergeführt.

Die Untersuchung hat folgendes Resultat. Patient ist kräftig, aber blass. Ueber dem linken Stirnbein findet sich eine Narbe. Die vorgestreckte Zunge zittert. Die Sprache ist frei. Es besteht ein geringer Grad von emphysema pulmonum. Patient fühlt sich gesund. Er sagt, er sei ohne Grund zur Lindenburg gekommen. Die vielen Projekte, die er gemacht habe, seien teils schon ausgeführt, teils ausführbar. Er wolle einen Lustmörder entdecken und überhaupt dem allgemeinen Wohle dienen, da er seine Pflichten als Agent schneller als andere erfülle und daher Zeit zu anderer Thätig-

keit habe. Im vorigen Jahre habe er aus Aerger Typhus bekommen und dabei längere Zeit deliriert.

In der Anstalt beträgt sich Patient geordnet und ist guter Dinge. Er zeigt sich jedoch gänzlich uneinsichtig und leugnet jede Krankheit. Er sei durch den Sohn eines anderen Agenten, der jedenfalls mit seiner Frau ein Verhältnis unterhalte, in listiger Weise in die Anstalt gelockt worden. Er ist traurig, dass seine guten Thaten von der bösen Welt verkannt werden. Nach einiger Zeit gibt er zwar zu krank gewesen zu sein, hält aber an seinen Verfolgungsideen fest. Gegen seine Frau, durch deren Bosheit er hierher gekommen sei, will er einen Process anstrengen und schreibt dieserhalb an einen Rechtsanwalt. Seit Mitte Juli ist L. äusserst verdrossen und mürrisch und drängt in heftiger Weise auf Entlassung; seiner Frau macht er schriftlich Vorwürfe. In der Folgezeit bessert sich der Zustand des Patienten; er gewinnt allmählich einigermassen Krankheitseinsicht und kann am 13. Oktober als gebessert entlassen werden.

Unmittelbar nach seiner Entlassung strengte L. einen Process gegen seine Frau an, von der er nach ein und einem halben Jahre geschieden wird. In den folgenden Jahren ist er in einer Reihe von Städten als Versicherungsbeamter oder Reisender thätig und erweist sich im Geschäfte äusserst tüchtig. Gegen Ende des Jahres 1887 wird L. wieder erregt und auffallend. In einem Process vor Gericht widerspricht er sich verschiedentlich. Er treibt sich in dieser Zeit in schlechten Lokalen herum und gibt viel Geld aus. Am 5. Januar 1888 wird er auf dem Neumarkte in K., wo Soldaten üben, auffällig und störend; an demselben Tage benimmt er sich bei seinem früheren Chef äusserst erregt. Er wird deshalb verhaftet und in's Bürgerhospital gebracht. Hier ist Patient so erregt, dass er isoliert werden muss. In der Zelle kriecht er unter das Bett und sucht hier nach einer elektrischen Vorrichtung, die am Bett angebracht sei. Am 9. Januar wird er nach der Lindenburg, am 25. in die hiesige Anstalt übergeführt.

Die rechte Pupille erweist sich grösser als die linke; beide reagieren sehr träge. Die Erregung hat bei der Aufnahme bereits nachgelassen, Patient gibt ziemlich gute Auskunft über seine neue Erkrankung. Er sei seit seiner Erkrankung in verschiedenen Stellen thätig gewesen. In der letzten Zeit habe er sehr viel getrunken und dann die „Dummheit“ auf dem Neumarkt gemacht. Als dort Soldaten übten, sei er mitmarschiert und miteingerückt; daraufhin habe man ihn verhaftet. An demselben Tage sei er zu seinem früheren Chef gegangen; er gibt zu sich hier erregt benommen zu haben. Anfangs war Patient mürrisch und schimpfte darüber, dass er hier

festgehalten werde; auch diesmal glaubte er durch eine Intrigue in die Anstalt gekommen zu sein, sonst äusserte er keinerlei Wahnideen. Am 22. Februar wird L. wieder als gebessert entlassen.

In dem vorliegenden Falle ergab die sehr sorgfältig erhobene Anamnese, dass bei dem erblich nicht disponierten, früher völlig normalen Patienten unmittelbar nach dem Trauma Kopfschmerzen und vage, unbestimmte Grössenideen auftraten. Bei ungeschwächter Intelligenz entwickelte sich bei dem Kranken eine Neigung zu Excessen jeder Art; er wurde unstät, leicht erregt und sehr reizbar. Auf dem Grunde dieser durch das Trauma geschaffenen Disposition traten dann drei verschieden lang dauernde Erregungszustände auf, die zum Teil von Hallucinationen begleitet waren, und nach welchen Patient immer zum status quo ante zurückkehrte, Das Krankheitsbild trägt keine für seine traumatische Entstehung charakteristischen Züge. Es deckt sich in allen Punkten mit vielen Fällen erblicher Degeneration. Dieselbe Störung des psychischen Gleichgewichts und dieselbe Neigung zu Erregungszuständen, wie sie uns häufiger bei erblich Degenerierten entgegentritt, ist hier durch eine Kopfverletzung verursacht worden.

Beobachtung IV.

F. L., Lehrmädchen, geb. am 1. Juli 1871.

Der Vater starb im Irrenhaus, ein Bruder war wiederholt in der Irrenanstalt. Patientin zeigte in der Kindheit nichts Auffallendes und lernte anfangs gut.

Im Alter von 9 Jahren fiel sie beim Spielen von einer Anhöhe und schlug mit dem Kopf auf einen Stein. Sie war mehrere Stunden bewusstlos und wurde in's Hospital gebracht. Die Verletzung war so schwer, dass ihr hier die Sterbesakramente gereicht wurden. Nach der Heilung fiel ihr das Lernen schwer, und sie blieb körperlich und geistig zurück. Ein Versuch sie mit 14 Jahren in ein Geschäft zu thun scheiterte daran, dass Patientin nicht genug leistete; erst im Jahre 1888 wurde sie Lehrmädchen. Drei Monate später erkrankte sie an der Bleichsucht, wobei sie an heftigem linksseitigem Kopfschmerz litt; sie war deshalb zwei Monate im Hospital in Behandlung, wo sie auffallend wenig sprach. Nach

ihrer Entlassung zeigte Patientin bald die Anfänge einer Geisteskrankheit. Sie war unentschlossen, ängstlich und misstrauisch; wurde sie in ein Geschäft geschickt, so ging sie in ein anderes; sollte sie einen Brief zur Post bringen, so erklärte sie, sie gehe nicht zur Apotheke; sie wollte nicht essen, da sie fürchtete, man gebe ihr Gift.

Am 22. Januar 1889 gelangte sie zur Aufnahme in der Lindenburg. Hier nannte sie anfangs nur ihren Namen, machte sich im übrigen nur durch verneinende und bejahende Kopfbewegungen verständlich. Bisweilen musste sie gefüttert werden. Später fing sie an etwas zu sprechen und gab auf Fragen kurze Antwort, bei langem Fragen wurde sie verwirrt; von selbst sprach sie selten. Meist sass sie auf ein und demselben Platze und blickte scheu um sich.

Am 13. März wurde sie in die hiesige Anstalt gebracht. Die Untersuchung ergibt, was folgt. Patientin ist ein kleines, schwächlich gebautes, chlorotisches Mädchen. Die Pupillen sind gleich, mittelweit und reagieren gut. Im Gebiete der Motilität und Sensibilität liegt nichts Abnormes vor. Der erste Herzton ist an der Spitze von einem leichten Geräusch begleitet, der zweite ist rein. Patientin hat keine besonderen Klagen. — Die Kranke blickt, wenn sie gefragt wird, erst eine Zeit lang die Aerzte an, ehe sie antwortet. Im übrigen gibt sie gute, wenn auch langsame Auskunft; sie erzählt, dass sie vor einigen Monaten heftigen Kopfschmerz bekommen habe und deswegen in's Hospital gegangen sei. Nach ihrer Entlassung habe sie Angstzustände bekommen; was sie gefürchtet hat, weiss sie nicht zu sagen. Sie habe auch jetzt noch Angst, wisse aber nicht weshalb.

In der Anstalt hält sich Patientin ruhig und arbeitet. Sie klagt anfangs oft, sie sei mitunter ängstlich und bange und wisse selbst nicht warum. Der Zustand der Patientin bessert sich allmählig und am 6. August wird L. als geheilt entlassen.

Dem Falle III schliesst sich dieser insofern an, als auch hier nach einem Trauma in der Jugend ein gewisser Schwachsinn sich bemerkbar machte, nur zeigte sich derselbe hier nicht auf ethischem, sondern auf dem Gebiete der Intelligenz. Die geistige Entwicklung machte seit dem Zeitpunkte des Traumas nur wenig Fortschritte. Auf Grund dieses Schwachsinns entwickelte sich dann ein vorübergehender Zustand melancholischer Depression.

Beobachtung V.

W. M., Tagelöhner, geb. im Jahre 1837.

Patient wurde am 17. August 1889 der Anstalt aus der Untersuchungshaft zur Beobachtung überwiesen. Er stand unter Anklage wegen Körperverletzung mit tötlichem Ausgange, da er am 26. Juni desselben Jahres seiner Frau derartige Wunden beibrachte, dass sie nach drei Tagen starb.

Mehrere Geschwister des Patienten waren geisteskrank, ein Bruder starb in der Irrenanstalt. Vor 10—15 Jahren erlitt M. eine schwere Kopfverletzung. Ueber das Verhalten und den geistigen Zustand des M. in den letzten Jahren lauten die Aussagen widersprechend. Nach den einen ruhig und umgänglich, soll er nach anderen tyrannisch und roh, zu Gewaltthaten geneigt gewesen sein. Höchst wahrscheinlich hat sich bei ihm nach jenem Trauma eine Intoleranz gegen Alkohol eingestellt, derart dass der sonst harmlose Mensch im Rausche erregt und gefährlich wurde. Patient selbst hat nach der Verletzung Zeugen gegenüber geäussert, er sei seitdem wie verrückt. Seit einigen Jahren war er zeitweise wie geisteskrank, besonders im Frühjahr und im Sommer, im Winter ging es besser. Patient behandelte seine Frau immer sehr schlecht. In den letzten Jahren wurde er mehrfach wegen Misshandlung, Sachbeschädigung und Hausfriedensbruch bestraft. Vor etwa 2—3 Jahren machte er einen Selbstmordversuch durch Erhängen. Nach Aussagen der Tochter soll M. seitdem nicht mehr gesund gewesen sein und zeitweise verwirrt gesprochen haben. Es fiel den Kindern besonders in den letzten Monaten vor der That eine zunehmende Abneigung gegen seine Familie auf. Schon zwei Monate zuvor consultierte die Frau einen Arzt wegen ihres Mannes. Dieser fand M. verwirrt, da er Verfolgungsideen äusserte — „die Kartoffeln seien vergiftet" —, und es wurde die Frage wegen Unterbringung in einer Anstalt schon damals erörtert. Drei Wochen vor der That sagte er der Tochter, die zu Besuch kam, ob sie wirklich seine Tochter sei, sie solle nichts zu Hause essen, weil Alles vergiftet sei. In den letzten Wochen und Tagen vor der That äusserte er zu einer Reihe von Zeugen, Frau und Kinder seien ihm gestohlen, zu Hause sei eine Hexe, die ihm Alles durchbringe. Am 26. Juni 1889 misshandelte er alsdann seine Frau mittelst eines Ofendeckels und einer Petroleumlampe derartig, dass sie nach drei Tagen den erhaltenen Wunden erlag.

Bei der Untersuchung wurde Folgendes festgestellt. Patient ist mittelgross und ziemlich gut genährt. Die Temporalarterien sind geschlängelt. An der rechten Stirnseite und in der Mitte der Stirn finden sich Narben, den letzteren entspricht eine kleine Delle

im Knochen, die Haut ist darüber verschiebbar. Diese Narben sollen von einer Schlägerei herrühren. Die Pupillen sind gleich und reagieren gut. Die Zunge zittert etwas. Patellar- und Cremasterreflexe sind deutlich, die Bauchreflexe dagegen fehlen. Patient erscheint gedrückt. Auf Befragen macht er willig folgende Angaben: Er sei seit 25 Jahren verheiratet und habe immer mit seiner Frau in Frieden gelebt, nur habe sie nicht schweigen können und ihm oft Widerworte gegeben. Er habe früher wohl viel getrunken, aber seit etwa neun Monaten nicht mehr. Vor drei Jahren sei er krank gewesen und habe ein ganzes Jahr nicht arbeiten können; der Arzt habe seine Krankheit als Nervenschwäche bezeichnet. Der Vorfall um den es sich handele, sei wohl Ende Juni gewesen. Er sei eines Morgens in die Küche gegangen, da sei eben „d i e“ Frau aus der Küche gekommen und habe ihm gesagt, er solle machen, dass er an die Arbeit komme. Es habe Streit gegeben, und er habe diese Frau mit der Petroleumlampe auf den Kopf geschlagen; nach drei Tagen sei sie gestorben. Er glaube nicht und habe auch von Anfang an nicht geglaubt, dass es seine Frau gewesen sei, die er geschlagen habe. Er habe vier Kinder gehabt, ob die noch leben, weiss er nicht. Seit vier Wochen habe er Unruhe im Kopf.

In der Anstalt beträgt sich Patient durchaus ordentlich und arbeitet sehr fleissig. Er klagt besonders in der ersten Zeit viel über Kopfschmerzen, es gehe ihm wie eine Maschine im Kopfe. Nach der betreffenden Affaire gefragt, sagt er immer dasselbe, seine Frau und seine Kinder seien ihm gestohlen und gekreuzigt worden, sonst äussert er nichts Verkehrtes. Seit Juli 1890 wird dem Patienten freier Ausgang gestattet. In einer längeren Unterredung im November zeigte M. keine Zeichen von Geistesstörung mehr. Er erzählt über seinen Zustand zur Zeit, als er die Frau erschlug, wie früher. Er habe geglaubt, es seien nicht seine Frau und seine Kinder um ihn gewesen, und man habe ihm die Sachen fortschleppen wollen. Vor etwa vier Jahren habe er sich in einem ähnlichen Zustande befunden; er habe Furcht und Angst gehabt, man wolle ihm etwas thun, so dass er sich das Leben habe nehmen wollen. Am 14. Dezember kehrte Patient abends in angetrunkenem Zustande in die Anstalt zurück und hatte grosse Erfrierungen mit bedeutender Blasenbildung an den Händen. Er soll, bevor er in die Anstalt kam, zwei Stunden im Schnee gelegen haben. Patient selbst gibt an, er wisse nicht, wie ihm zu Mute gewesen sei, und woher die Erfrierungen stammten. In den nächsten Tagen traten Tetanus und Trismus ein, und Patient ging am 28. Dezember zu Grunde.

Es ist von vornherein zuzugeben, dass die Zugehörigkeit des beschriebenen Falles zu unserm Thema nicht mit voller Sicherheit nachgewiesen ist. Da aber der Kranke, der in seinen Angaben sehr exact ist, ebenso wie auch eine Reihe von Zeugen den Ursprung der psychischen Anomalien auf die Kopfverletzung zurückführen, da sich ferner besonders die Intoleranz gegen Alkohol nach allen Autoren so häufig nach Kopfverletzung auszubilden pflegt, so glaube ich, dass wir keineswegs berechtigt sind dem Trauma eine gewisse Bedeutung in der Aetiologie auch dieses Falles abzusprechen. Wir hätten also auch hier nach dem Trauma eine Degeneration des psychischen Lebens, eine Intoleranz gegen Alkohol und zugleich wahrscheinlieh ein krankhafter Trieb nach Alkohol und auf diesem Boden eine jener Bewusstseinsstörungen, die bei Potatoren so häufig vorkommen und sehr oft forensische Bedeutung gewinnen.

Beobachtung VI.

F. B., Monteur, geb. am 4. März 1852.

Patient ist nicht hereditär belastet und zeigte eine gute Beanlagung. Er litt jedoch schon in früher Jugend viel an Kopfschmerz; später trank er ziemlich viel und rauchte besonders in den letzten Jahren vor seinem Unfalle stark. Seit 1875 ist er in glücklicher Ehe verheiratet.

Im Jahre 1886 fiel dem Patienten beim Abladen eine Kiste auf den Kopf, zugleich zog er sich eine starke Verletzung des linken Knies zu; eine mehrere Stunden andauernde Bewusstlosigkeit war die unmittelbare Folge. Er wurde hierauf ein Jahr lang im Hospital behandelt. Nach seiner Entlassung zeigte er sich völlig verändert; er konnte nicht mehr ordentlich arbeiten, sass Tage lang versunken umher und betete viel. Anfang 1889 fanden an einem Tage vier epileptiforme Anfälle statt, die sich seitdem nicht mehr wiederholten. Das Gedächtnis des Patienten nahm in dieser Zeit sehr ab, er vergass, was er soeben gesagt und gethan hatte; so blieb er einmal acht Tage von Hause fort und wusste nachher nicht, wo er gewesen war. Seit Anfang Juli 1889 sprach er verwirrt; er glaubte bald hier bald dort in Arbeit zu sein. Gegen seine Umgebung zeigte er sich teilnahmslos und misstrauisch.

Am 11. Juli 1889 wurde Patient in die Stadt-Köln'sche Irrenanstalt Lindenburg aufgenommen. Hier wird Folgendes festgestellt.

Die linke Pupille ist weiter als die rechte, die Sprache anstossend. Patient vermag nur schlecht Auskunft zu geben und ist äusserst vergesslich. Den Tag über sitzt er teilnahmslos umher.

Am 26. Juli wird B. in die hiesige Anstalt übergeführt. Die Untersuchung hat folgendes Ergebnis. Patient ist über mittelgross und von blassem Aussehen. An der Innenfläche des rechten Knies befindet sich eine etwa 15 cm lange Narbe, die an der Patella adhärent ist; eine zweite 4 cm lange Narbe verläuft in der rechten Augenbraue. Die Pupillen sind beide ziemlich eng, die linke ist weiter als die rechte. Der rechte Mundwinkel steht tiefer als der linke. Die Zunge zeigt keinen Tremor; dagegen stösst Patient beim Sprechen mit der Zunge an. Die Patellarreflexe sind normal. — Bei der Aufnahme erzählt B. ausführlich über sein Vorleben und seine frühere Thätigkeit. Weshalb er in die Anstalt gekommen ist, weiss er nicht, da er doch gesund sei. Patient urteilt über Alles in schwachsinniger Weise; Tag und Datum weiss er nicht anzugeben.

In der Anstalt ist Patient ruhig und beschäftigt sich ziemlich regelmässig. Briefe an die Frau zeigen Zitterschrift und viele Auslassungen. In der Folgezeit werden sie nach Inhalt und Form immer schlechter; die Sprache wird immer stärker behindert, und die Demenz allmählich stärker ausgeprägt. Am 17. Februar 1890 wird Patient plötzlich hinfällig und stark benommen. Er liegt mit äusserst gerötetem Gesichte zu Bett und reagiert nicht auf Anrufen. Die linken Extremitäten sind schwächer als die rechten. Er hat leichte Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte. Es treten starke Congestionen nach dem Kopfe auf. Patient ist unrein und muss gefüttert werden. Nach einigen Tagen wird er wieder klarer. Er gibt einige Auskunft und sagt auf Befragen, er befinde sich wohl; dabei spricht er klar, aber stammelnd. Linksseitig ist eine leichte Parese zu constatieren. Patient ist in dieser Zeit äusserst unruhig und drängt auf Entlassung. Ende März wird Patient wiederum stark benommen und hinfällig; er muss zu Bett bleiben. Der rechte Arm ist völlig gelähmt und fällt beim passiven Aufheben schlaff herunter. Das rechte Bein wird zwar bewegt, ist aber bedeutend schlaffer als das linke. Der Patellarreflex ist rechts erhöht. Patient versteht die Fragen, die an ihn gerichtet werden, anscheinend nicht. Nach drei Tagen ist er wieder frei. Er ist in dieser Zeit unruhig und äussert jetzt Grössenideen. Er besitzt drei Fabriken, die er für drei Millionen gekauft hat; er ist Graf und Kaiser; in Rumänien hat er 15 Brauereien, dorthin fährt er in einer Stunde mit einem Luftschiffe. Im Oktober 1890 ist Patient wieder eine Zeit lang benommen. Er äussert in der Folge-

zeit immer masslosere Grössenideen. Im September 1891 zeigt sich bei einer Untersuchung, dass die Pupillen nicht mehr auf Licht reagieren. Das rechte Facialisgebiet ist weniger innerviert wie das andere, die Kniephänomene fehlen. Seit dieser Zeit ist Patient in seinem äussern Verhalten gänzlich unverändert geblieben. Er ist stets thätig und leistet bei der Hausarbeit gute Dienste. Er befolgt genau Alles, was ihm gesagt wird. Aus freien Stücken spricht er selten, redet man ihn an, so zeigt sich, dass er noch Grössenideen hegt. Er spricht noch in verwirrter und ganz zusammenhangsloser Weise von Brauereien, Luftschiffen und Millionen. Ueber seine Vergangenheit weiss er keinerlei Auskunft zu geben. Er ist oft schlechter Stimmung und wird dann leicht erregt. Patient erscheint etwas schwach auf den Beinen, tritt breitbeinig auf und scheint beim Gehen oft zu schwanken; deutliche Ataxie lässt sich jedoch nicht nachweisen. Die Pupillen sind jetzt kaum grösser als ein Stecknadelkopf und starr. Im übrigen ist keine Veränderung in dem körperlichen und geistigen Zustande des Kranken eingetreten.

Die Krankheit des B. entspricht in ihren Hauptzügen dem Bilde der progressiven Paralyse, zeigt aber doch auch manche Besonderheiten; zunächst in der Dauer des Leidens. B. ist seit mindestens 5 Jahren ausgesprochen geisteskrank; und der Verlauf seiner Krankheit wurde durch keine Remissionen unterbrochen. Nach dem bisherigen langsamen Fortschreiten des Leidens und dem jetzigen Befinden des Kranken zu urteilen dürfen wir wohl annehmen, dass der Kranke auch noch mehrere Jahre weiter leben wird, wenn er nicht einer intercurrierenden Krankheit zum Opfer fällt. Bei der Paralyse der Frauen ist ein derartiger langwieriger Verlauf wohl relativ häufig, bei Männern dagegen ist er immerhin eine ausserordentliche Seltenheit. Auch der Grössenwahn B.'s äusserte sich nicht in der für die Paralyse typischen Weise. Zunächst trat er erst drei volle Jahre nach Beginn der Krankheit auf, nachdem dieselbe bis dahin unter dem Bilde einer einfachen progressiven Demenz verlaufen war. Die Grössenideen waren allerdings so ungeheuerlich, wie sie nur irgend ein Paralytiker produciert; es fehlte aber von Anfang an bei denselben die gehobene Stimmung, die unendliche Euphorie, wie sie für den Paralytiker im délire de grandeur so

charakteristisch ist. B. brachte seine Grössenideen immer in gleichgiltiger, fast apathischer Weise vor. Schliesslich ist es eine auffallende Erscheinung, dass ein Paralytiker bei bereits so fortgeschrittener Demenz äusserlich eine geordnete Haltung bewahrt und sich Jahr aus Jahr ein in immer gleicher Weise zur Arbeit verwerten lässt. Ein derartiges Intactbleiben der niedrigen psychischen Centra wird bei Paralyse nach so langer Dauer sicher sehr selten beobachtet.

Beobachtung VII.

W. St., Ackerer, geb. am 5. April 1860.

Heredität ist bei dem Patienten nicht vorhanden. Er entwickelte sich körperlich und geistig normal und war niemals krank. Als Kind soll er von jähzorniger Gemütsart gewesen sein. Er wurde später einmal mit 14 Tagen wegen Schlägerei bestraft.

Am 13. Okt. 1890 erhielt er bei einer Schlägerei einen Schlag auf den Kopf. Bewusstlosigkeit trat nicht ein. Die vier cm lange Wunde am linken Vorderkopf, die er erhalten hatte, heilte ohne Fieber. Am 19. Okt. trat plötzlich tiefer Collaps ein; es stellten sich Schwindel, Ohrensausen, Erbrechen, kalter Schweiss ein, der Puls war kaum zu fühlen. Am folgenden Tage liessen diese Erscheinungen mit Ausnahme von Schwindel und Ohrensausen nach. Patient stand auf, neigte sich aber beim Gehen über die rechte Seite. Ein zweiter ähnlicher Anfall trat am 26. Okt. ein, zwei weitere folgten im Dezember; seitdem wurden keine mehr beobachtet. Allmählich machte sich eine Veränderung im Wesen bei St. bemerkbar; er wurde still, gleichgiltig, scheu und schlief oft schlecht. Ende Juli entfernte er sich mehrere Tage ohne Veranlassung von Hause.

Bei der Aufnahme in die Bonner Irrenanstalt, die am 9. August 1891 erfolgte, wurde Folgendes festgestellt. Patient ist über mittelgross, kräftig gebaut und ziemlich mager. Die Hautfarbe ist im Gesicht gebräunt, am Körper auffallend blass. An der behaarten Kopfhaut findet sich eine vom linken Stirnhöcker nach oben und hinten verlaufende, nicht adhärierende Narbe, eine Depression im Knochen liegt nicht vor. Die Perkussion des Schädels wird nirgendwo schmerzhaft empfunden. Die Pupillen sind weit und reagieren ziemlich gut. Der linke Bulbus folgt bei Bewegungen nach auswärts nicht so weit wie der rechte und gerät hierbei in nystagmusartige Zuckungen. Patient behauptet, wenn er nach links sähe, wäre sein Kopfleiden schlimmer, er bekomme dann immer ein

eigentümliches, unbeschreibliches Gefühl, beim Sehen nach rechts werde es besser; er consultierte dieserhalb früher einen Augenarzt. Gesichtsfeldeinengungen sind jetzt nicht nachweisbar. Die Zunge zittert beim Vorstrecken, zeigt aber keine Ataxie und weicht nicht ab. Die grobe Kraft ist überall dem Muskelbau entsprechend. Die Motilität ist ungestört, es liegt nirgendwo Tremor oder Ataxie vor, der Gang ist sicher. Die Schmerzempfindung scheint an den unteren Extremitäten gleichmässig etwas herabgesetzt. Die Tastempfindung zeigt nichts Auffallendes. Bauch- und Cremasterreflex sowie Kniephänomen sind sehr stark; der Plantarreflex dagegen ist auffallend schwach. Fussklonus ist nicht auszulösen. Die Sprache ist schwerfällig. Bei der Aufnahme ist Patient bei klarem Bewusstsein und gibt über seine Vergangenheit gute Auskunft. Er sei früher stets frisch und gesund gewesen und habe gern gearbeitet; getrunken habe er niemals. Am 10. Okt. 1890 sei er überfallen worden und habe eine Verwundung am Kopfe und ausserdem noch mehrere Schläge auf den Kopf erhalten. Er sei zwar getaumelt, habe das Bewusstsein aber nicht verloren. Die Wunde sei mit drei Nähten genäht worden und langsam geheilt. Er habe sich aus der Sache anfangs nichts gemacht, bis er am 19. Okt. plötzlich schwindelig geworden sei und Erbrechen bekommen habe. Es sei ihm damals zu Mute gewesen, als müsse er sterben. Am anderen Tag sei er aber besser geworden. Ein derartiger Anfall sei noch zwei oder drei Mal wiedergekommen. Seit jener Zeit sei er anders geworden, er habe nicht ordentlich mehr arbeiten können und sei immer „leidmütig“ gewesen. Es sei ihm oft ängstlich zu Mute gewesen, die Angst habe in der Herzgegend gesessen, nachts habe er oft schlecht geschlafen, das Essen habe ihm nicht geschmeckt. Er sei zu vielen Aerzten gegangen, ohne dass ihm geholfen worden wäre. Einmal — wann, weiss er nicht — habe er es zu Hause nicht mehr aushalten können und sei fortgelaufen ohne zu wissen, wohin er wolle. In der Anstalt verhält sich Patient ruhig, er geht regelmässig mit zur Feldarbeit. In seinem Wesen zeigt sich Patient beständig weinerlich. Er drängt stets auf Entlassung; in der Anstalt sei es ihm zu unruhig, er werde hier noch ganz toll werden. Allmählich bessert sich sein Zustand, er gewinnt Krankheitseinsicht und wird am 30. September als gebessert entlassen.

Dieser Fall ist ausser durch die Klarheit der Anamnese auch dadurch bemerkenswert, dass die geistige Störung, eine melancholisch-hypochondrische Verstimmung, die sich äusserlich während der Beobachtung von Seiten

der Anstalt durch ein schlaffes, weinerliches Wesen documentierte, mit dem bei der sogenannten traumatischen Neurose beobachteten, von Oppenheim u. a. beschriebenen Krankheitsbilde ziemlich genau übereinstimmt. Wenn Friedmann von einem dreifachen Symptomencomplexe nach Trauma, dem vasomotorischen, dem hysterischen und dem psychischen redet, so hätten wir es in diesem Falle zu thun mit einer Verbindung der vasomotorischen — Kollaps, Schwindel — und der psychischen Symtome.

Beobachtung VIII.

G. H., Bergmann, geb. am 22. Febr. 1854.

Heredität ist bei dem Patienten nicht nachweisbar. Derselbe entwickelte sich normal und war bis zur Zeit des Unfalls vollkommen gesund und arbeitsfähig.

Am 18. Febr. 1890 erlitt Patient einen Unfall, indem er mit einer Maschine durch eine Decke durchbrach und über einen Stock hoch herunterstürzte. Es trat sofort Bewusstlosigkeit und starkes Bluten aus dem rechten Ohr und der Nase ein. Patient blieb darauf etwa sechs Wochen bewusstlos, nachher erholte er sich langsam; nur blieb er auf dem rechten Ohr schwerhörig. Im Sommer 1890 nahm er seine Arbeit als Bergmann wieder auf, bekam dabei jedoch einen Anfall epileptiformer Natur mit Zuckungen und Bewusstlosigkeit, so dass er von der Arbeit wieder entfernt werden musste. Seitdem stellte sich fast jede Woche ein- bis zweimal ein derartiger Anfall ein. In dieser Zeit wurde Patient auch geistig schwächer, zeitweise war er sehr erregt. Oft lief er ohne Zweck und Ziel von Hause weg. Er sprach viel von seinem Unfall, klagte, dass er nichts bekommen werde, obwohl er eine Rente bezog und zeigte sich auch sonst in seinen Reden oft werwirrt. Dabei klagte er viel über Kopfschmerzen.

Bei der Aufnahme in die Bonner Anstalt, die am 8. Mai 1891 erfolgte, ergab die Untersuchung Folgendes. Patient ist mittelgross, schwächlich gebaut und von schlechtem Ernährungszustande. Die Haut ist blass, und die Gesichtszüge sind schlaff. Auf der Stirn befinden sich mehrere oberflächlich gelegene Narben. Die Pupillen sind gleich, mittelweit und reagieren gut auf Lichteinfall und Convergenz. Die Zunge weicht beim Herausstrecken nach links ab und zittert. Das Ticken einer dicht an's rechte Ohr gehaltenen Uhr vermag Patient nicht zu hören; links hört er das Ticken auch nur in einer Entfernung von 3—4 cm, die Knochenleitung fehlt beider-

seits. Eine Sensibilitätsstörung lässt sich nicht nachweisen ausser einer geringen Herabsetzung der Temperaturempfindung an den unteren Extremitäten. Bauch-, Cremaster-, Patellar- und Plantarreflexe sind vorhanden. Mit geschlossenen Augen und aneinander schliessenden Füssen vermag Patient nur kurze Zeit ohne Schwanken zu stehen; auf einem Fusse kann er kaum stehen. Es liegt eine Verdichtung der linken Lungenspitze vor. Der Harn ist ohne Eiweiss und Zucker. Patient zeigt sich bei der Aufnahme zeitlich schlecht orientiert, er glaubt — am 8. Mai 1891 — im Jahre 1892 zu leben. Er erzählt, er sei mit einer Häckselmaschine etwa 16′ hoch heruntergefallen und habe sich dabei viele Verwundungen am Kopfe zugezogen. Nach drei Wochen langer Bewusstlosigkeit sei er allmählich aufgewacht, der Verstand sei ihm aber nur wie einem kleinen Kinde wieder gekommen. Beim Heumachen sei er dann eines Tages schwindelig geworden, er habe Rauschen im rechten Ohr gehört; er glaubte, es ginge jemand auf ihn los, er sei darauf bewusstlos geworden und nach ca. 10 Minuten unter Kopfschmerzen und mit dem Gefühl starker Abgeschlagenheit erwacht. Diese Anfälle seien dann etwa alle vier Wochen wiedergekommen. Davon dass ihn ein erster Anfall im Bergwerk befiel, weiss Patient nichts. Er gibt zu, oft ohne Grund erregt gewesen zu sein. An einzelne Momente aus der ersten Zeit nach dem Unfall vermag er sich nicht zu erinnern. Patient will noch eine grosse Gleichgiltigkeit gegen Alles seit Anfang vorigen Jahres bei sich bemerkt haben.

In der Anstalt verhält sich Patient ruhig. Er sitzt meist allein, erscheint benommen und spricht kaum etwas. Vom 3. Tage nach der Aufnahme an bleibt er zu Bett. Er liegt meist mit geschlossenen Augen da und spricht nicht, auf Fragen schüttelt er nur mit dem Kopfe oder zuckt mit den Achseln. Man kann die Cornea berühren, ohne dass er zuckt; ebenso reagiert er in keiner Weise auf Nadelstiche im Gesicht und an den Extremitäten. Die Patellarreflexe sind nicht auszulösen. Patient ist unrein und muss gefüttert werden. Nachdem dieser Zustand etwa acht Tage gewährt hat, wird er allmählich freier. Er spricht wieder und sagt, er wisse selbst nicht, wie ihm gewesen sei. Nach weiteren acht Tagen, in denen sich Patient ziemlich geordnet beträgt, wird er plötzlich uuruhig, versetzt die Bänke und springt über die Tische. Zu Bett gebracht, bleibt er ruhig liegen und spricht nicht. Am anderen Tage ist er wieder munter. So ist er in der Folgezeit den einen Tag munter, den anderen wieder versunken; er liegt alsdann mit geschlossenen Augen da und reagiert auf keine Anrede. Nach dem Grunde seines zeitweiligen stumpfen Verhaltens gefragt, sagt er, das wisse man ja besser wie er, man solle ihm das Ding aus dem

Leibe nehmen. Er gibt sehr wenig Auskunft und spricht meist in allgemeinen Redensarten. Nach seinem Befinden gefragt, sagt er stets: „Wie Gott will, ich kann nichts Anderes sagen.“ Beim Besuche der Frau spricht er wenig; später sagt er, es sei gar nicht seine Frau gewesen. Am 30. Juli 1891 taumelt er plötzlich und fällt hin. Patient behauptet, dass er derartige „Krampfanfälle“ öfter habe, auch nachts; beobachtet wurden im ganzen nur noch zwei. H. verlor das Bewusstsein hierbei nicht völlig, sondern er war nur stark benommen, er sah congestioniert aus, die Pupillen reagierten auf Licht gut. Seit Ende September wird er wieder verwirrter. Er bringt wieder seine früheren Aeusserungen vor, man solle ihm das Ding aus dem Leibe nehmen; im Zusammenhange damit spricht er von der Dreieinigkeit und macht in ganz unbestimmter und verwirrter Weise Andeutungen, dass er Christus sei. Manchmal liegt er den ganzen Tag zu Bett, beim Anreden bringt er dann religiöse Sprüche vor oder stellt sich schlafend oder macht andere Faxen. Gefragt, weshalb er das thue, sagt er unter Thränen, das wisse er selbst nicht. Mitunter macht er Bewegungen, die wie Zwangsbewegungen aussehen.

Eine am 9. Sept. 1892 vorgenommene Untersuchung hatte folgendes Ergebnis. Patient ist von mittlerem Ernährungszustande; die Haut und die Schleimhäute sind blass. Die Temporalarterien sind geschlängelt. Die Pupillen sind gleich, mittelweit und reagieren normal. Das rechte Facialisgebiet ist besser innerviert wie das linke. Die Zunge weicht etwas nach links ab und zittert. Oft tritt an den oberen Extremitäten und im Facialisgebiet Zittern auf, dasselbe ist rechts bedeutend stärker wie links. Die grobe Kraft und die Bewegungen der Extremitäten bieten nichts Auffallendes dar. Der Patellarreflex ist rechts stärker wie links. Das Romberg'sche Phänomen liegt nicht mehr vor. Patient ist schwer zu bewegen Auskunft zu geben. Er ist orientiert und bezeichnet die Oertlichkeit, wo er sich befindet und die Personen seiner Umgebung richtig. Er stellt bei der Unterredung immer Zwischenfragen, will wissen, was man von ihm wolle, warum man ihn ausfrage, da man ja Alles wisse. Ueber seinen Unfall berichtet er wie früher. Ueber sein Leiden selbst lässt er sich nicht aus, das wisse man ja. Das oben erwähnte Zittern nennt er Elfentanz. Er leugnet entschieden, dass seine Frau ihn hier je besucht habe. Die Person, die bei ihm gewesen, sei jemand anderes gewesen; ob man denn den Bibelspruch nicht kenne: „Lasset uns Menschen machen nach unserem Bilde“; auch Jakob und Esau seien verwechselt worden, und Christus habe gesagt: „Weib, was habe ich mit dir zu schaffen“. Auf die Frage, ob er sich für Christus halte, wird er zornig und fragt, ob man denn den Unterschied nicht kenne zwischen „das ist“ und „das bedeutet“. Er redet sich in immer

heftigere Erregung hinein, sein Gesicht bekommt eine tiefrote Farbe, er gesticuliert lebhaft, reiht zusammenhangslos Bibelstellen aneinander, spricht in verwirrter Weise vom Teufel und nimmt schliesslich eine drohende Haltung gegen den Untersucher an. Am 30. Sept. des Nachmittags wurde zum ersten Male wieder ein Anfall bei dem Patienten beobachtet, welcher genau wie ein epileptischer verlief. Er sank völlig bewusstlos hin. Sodann traten mehrere Minuten Convulsionen ein. Patient hatte Schaum vor dem Munde, liess den Urin unter sich gehen und war nach dem Aufhören der Convulsionen noch etwa 10 Minuten bewusstlos.

H. hat offenbar eine schwere Schädelverletzung, vermutlich eine Basisfractur erlitten. An das Trauma schloss sich ein lang andauernder Zustand der Bewusstlosigkeit an, wie das bei Basisfracturen ja eine gewöhnliche Erscheinung ist. Die Epilepsie, die hier als Folgeerscheinung des Traumas auftrat, ist insofern interessant, als zunächst typische epileptische Anfälle, dann aber länger als ein Jahr nur kurz andauernde Bewusstseinsstörungen ohne Krämpfe auftraten; erst jetzt am Schlusse der Beobachtung wurde wieder ein echter epileptischer Anfall beobachtet. Abgesehen von der Epilepsie war H., als er aus dem Koma erwachte, geisteskrank und ist es seitdem geblieben. Es macht sich zweifellos bei ihm eine zunehmende Schwäche der Intelligenz bemerkbar. Das Gedächtnis hat abgenommen. Patient ist mehr und mehr gleichgiltig gegen seine Umgebung und seinen Zustand geworden. Damit steht die besonders in der letzten Zeit auftretende zornige Erregung bei geringen Anlässen nicht im Widerspruch. Derartige Ausbrüche sind begleitet von Congestionen zum Kopfe — gerötetes Gesicht, glänzende Augen — und demnach vielleicht selbst durch Fluxionen zum Gehirn bedingt. Ferner hat der Kranke mehrfach Wahnideen geäussert, die im Anfange der Erkrankung den Charakter von Verfolgungsideen trugen; in der letzten Zeit scheint er mehr von Grössenvorstellungen beherrscht zu sein. Trotz dieser Aufeinanderfolge erscheinen die Wahnideen keineswegs zu einem System ausgearbeitet, sie werden als völlig vage, zusammenhangslose Faseleien geäussert. Patient zeigt ausser-

dem eine eigentümliche Art der Personenverkennung, welche sich nur auf die Personen des Kreises, in dem er vor dem Anfalle lebte, erstreckt; alle in der Anstalt ihn umgebenden Personen dagegen erkennt er richtig. Endlich verdienen noch die namentlich am Anfange des Aufenthaltes in der hiesigen Anstalt beobachteten Zustände Beachtung, während deren Patient bei völlig klarem Bewusstsein tagelang schlaff und apathisch dalag und Anästhesie der ganzen Körperoberfläche zeigte. — Wie man sieht haben wir es hier mit einer Mischung epileptischer, paranoischer und hysterischer Elemente zu thun, die jedes Versuches sie in den Rahmen irgend eines der gewöhnlichen psychischen Krankheitsbilder einzupassen spottet, aber gerade deshalb bei dem zweifellos traumatischen Ursprung besonderes Interesse darbietet.

Beobachtung IX.

F. P., Techniker, geb. am 31. Aug. 1868.

Es liegt keine Heredität bei dem Patienten vor. Er entwickelte sich normal, war stets gesund und lernte leicht. Er besuchte das Gymnasium bis zur Obersecunda, dann zwei Jahre eine gewerbliche Fachschule.

Im Jahre 1889, etwa ein Jahr vor der Aufnahme, stürzte Patient vom Velociped und redete damals 2—3 Tage verwirrt, worauf sich sein Zustand ad integrum wieder herstellte. Die ersten Anzeichen des jetzigen Irreseins sollen im Mai 1890 aufgetreten sein. Patient wurde still und grübelte viel. In der Nacht vom 20./21. Juli wurde er plötzlich erregt und äusserte, man verfolge ihn, schütte ihm Latwerge ins Essen. Seitdem schlief er stets schlecht und äusserte eine Reihe von Beeinträchtigungs-, hauptsächlich Verfolgungsideen. Am 24. Juni 1890 führte sein Zustand zur Aufnahme in die hiesige Anstalt.

Bei der Untersuchung fand sich, was folgt. Patient ist ein mittelgrosser, ziemlich kräftig gebauter Mann von gutem Ernährungszusande. Die Pupillen sind gleich und reagieren etwas träge. Im Gebiete der Motilität und der Sensibilität ist nichts Abnormes festzustellen. Das Kniephänomen ist lebhaft. Die Brust- und Bauchorgane sind normal. Der Kranke trägt zu seinem Schutze einen geladenen sechsschüssigen Revolver und einen Dolch bei sich. Er ist gut orientiert und gibt über seine Vergangenheit zutreffende

Auskunft. Er erzählt, dass ihm mehrfach Gift von der Pflanze Lactuca herrührend beigebracht worden sei, zuerst Ostern dieses Jahres. Eine Familie F., mit deren Tochter er früher ein Verhältnis gehabt habe, hätte ihm in Verbindung mit einem Arzte durch die Kellner in verschiedenen Lokalen das Gift beibringen lassen; er habe das immer an dem Benehmen der Kellner gemerkt. Auch Stimmen habe er gehört, die ihm dies bestätigten. Die Wirkung des Giftes habe in gewissen peinigenden Gefühlen in den Genitalien bestanden. Dass man ihn habe töten wollen, glaubt er nicht; man habe wohl eine Einwirkung auf seine Genitalien beabsichtigt; welcher Art, darüber lässt er sich nicht aus.

In der Anstalt zeigt sich Patient äusserst wortkarg, finster und misstrauisch; er hält sich meist für sich und spricht nicht mit Anderen. Schlaf und Appetit sind schlecht. Er klagt oft über Kopfschmerzen besonders in der Stirngegend und über Schmerzen in den Genitalien. Er beschwert sich, dass man ihm in den Speisen Lactus gebe, um ihm Schmerzen zu verursachen. Die Aerzte seien angewiesen dies abzuleugnen. Mitte Oktober wird Patient etwas zugänglicher und besserer Stimmung; er hält jedoch vor wie nach an seinen Verfolgungsideen fest. Er klagt, es zwicke ihn bald hier bald dort, das komme daher, dass man Experimente mit ihm mache und ihm etwas in den Kaffee schütte. Er dringt immer auf Entlassung, fragt, ob die Lactuskur noch nicht zu Ende sei. Seit Januar 1891 ist Patient wieder äusserst verdrossen und misstrauisch. Er spricht bei jeder Gelegenheit von der Lactuskur. Im wesentlichen bleibt der geistige Zustand des Kranken in der Folgezeit derselbe. Er hält sich ganz für sich, verkehrt mit niemanden und äussert bei jeder Gelegenheit Vergiftungsideen, die sein ganzes Wesen beeinflussen. Am 16. Juni 1891 wird er unverändert entlassen.

Von vornherein wird man wohl mit einigem Misstrauen an einen Fall treten, in welchem eine fast typisch verlaufende Paranoia auf eine Kopfverletzung zurückgeführt wird. Da aber die übereinstimmenden Angaben des Hausarztes und der Angehörigen es als zweifellos erscheinen lassen, dass der Kranke bis zur Zeit des Traumas völlig normal war, und direct im Anschlusse an dasselbe ein kurzdauernder Zustand der Verwirrtheit eintrat, so können wir den Zusammenhang auch der sich später manifestierenden Geistesstörung mit dem Trauma nicht von der Hand

weisen. Leider fehlen genaue Angaben über den körperlichen und geistigen Zustand des P. während des Zeitraumes zwischen dem Trauma und dem Ausbruch der später auftretenden Psychose.

Zum Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Pelman für das mir gütigst zur Verfügung gestellte Material sowie Herrn Assistenzarzt Dr. Liebmann für die freundliche Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Vita.

Geboren wurde ich, Robert Jung, evangelischer Konfession, zu Solingen am 14. Dez. 1868 als Sohn des verstorbenen Kaufmanns Friedrich August Jung und der Emma Jung geb. Blasberg. Meinen ersten Unterricht erhielt ich auf dem Realprogymnasium meiner Vaterstadt. Später besuchte ich die Gymnasien zu Düsseldorf und Bonn und verliess das letztere Ostern 1889 mit dem Zeugnis der Reife. In meinem ersten Semester widmete ich mich an der hiesigen Hochschule dem juristischen Studium. Im Herbst 1889 trat ich alsdann zur medicinischen Fakultät über. Das tentamen physicum bestand ich am 4. Mai 1891, das examen rigorosum am 28. Januar 1893. Während des Wintersemesters 1891/92 genügte ich zugleich meiner Dienstpflicht mit der Waffe beim 2. Bataillon Inf.-Regts. von Goeben (2. Rheinisches) Nr. 28.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Docenten:

Binz, Birlinger, Boennecken, Doutrelepont, Eigenbrodt, Finkler, Geppert, Hertz, Kekulé, Koester, Krüger, Leo, Ludwig, Nussbaum, Pelman, Pflüger, Pulfrich, Ribbert, Sämisch, Schaaffhausen †, Schiefferdecker, Schultze, Sering, Strasburger, Thomsen, Trendelnburg, Ungar, von la Valette St. George, Veit, Witzel, Zitelmann.

Allen diesen hochverehrten Herren spreche ich an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank aus.
